

Información del Paciente

Apellido del paciente	Nombre		Segundo nombre	Nombre de soltera	
Domicilio (calle o casilla)			Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono particular	Número de teléfono celular		Número de teléfono del trabajo	Correo electrónico	
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo asignado al nacer ☐ Masculino ☐ Femenino	Pronombres ☐ Ella ☐ Él ☐ ☐ Otro: Especifique: _____		
Identidad de género (seleccionar una opción) ☐ Se identifica como masculino. ☐ Se identifica como femenino. ☐ Género no conforme/no binario. ☐ Otro (especificar) _____ ☐ Elige no divulgar.			Orientación sexual (Marque una opción) ☐ Lesbiana/Gay/Homosexual ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otro, especificar _____ ☐ No lo sé. ☐ Elige no divulgar.		
Estado civil (Marque una opción) ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja de hecho ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Desconocido			Raza (Marque una opción) ☐ Indio estadounidense o nativo de Alaska ☐ Hispano o latino ☐ Nativo de Hawái u originario de una isla del Pacífico ☐ De color o afroestadounidense ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Otro		
Origen étnico (Marque una opción) ☐ No hispano o latino ☐ Hispano o latino			Nombre del empleador	Domicilio del empleador	
¿El paciente reside en un centro de enfermería especializada/centro de rehabilitación? ☐ Sí ☐ No			Si la respuesta es afirmativa, nombre del centro	Ciudad: Número de teléfono:	
Nombre del médico de atención primaria			Número de teléfono		
Contacto de emergencia y parentesco	Número de teléfono		Nombre del médico de la remisión	Número de teléfono	

Parte Responsable

Complete esta sección SOLO si el paciente es menor de edad o tiene un tutor legal.					
Apellido de la parte responsable	Nombre		Segundo nombre	Correo electrónico:	
Domicilio (calle o apartado postal)			Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono particular			Número de teléfono celular	Número de teléfono del trabajo	
Parentesco con el paciente ☐ Paciente ☐ Otro (especificar)			Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social	

Información del Seguro y del Suscriptor

Compañía de seguros PRIMARIA			Fecha de entrada en vigencia	Compañía de seguros SECUNDARIA			Fecha de entrada en vigencia
Domicilio postal de reclamos (calle o apartado postal)				Domicilio postal de reclamos (calle o apartado postal)			
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Código postal
Número de id. de la póliza		Número de id. del grupo	Número de id. de la póliza		Número de id. del grupo	Número de id. del grupo	
Nombre del suscriptor (titular de la póliza)		Fecha de nacimiento	Nombre del suscriptor (titular de la póliza)		Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento	
Número de Seguro Social del suscriptor		Parentesco con el paciente	Número de Seguro Social del suscriptor		Parentesco con el paciente	Parentesco con el paciente	
Empleador del suscriptor		Número de teléfono del trabajo	Empleador del suscriptor		Número de teléfono del trabajo	Número de teléfono del trabajo	
Domicilio del empleador del suscriptor (calle o apartado postal)				Domicilio del empleador del suscriptor (calle o apartado postal)			
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Código postal

Farmacia

Nombre de la farmacia preferida	Domicilio de la farmacia	Número de teléfono de la farmacia
Nombre de la farmacia de envío por correo	Domicilio de la farmacia	Número de teléfono de la farmacia

Seguro oftalmológico (si corresponde)

Plan Oftalmológico Información del Seguro y del Suscriptor

Compañía de seguros del PLAN OFTALMOLÓGICO		Fecha de entrada en vigencia
Domicilio postal de reclamos (calle o apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de id. de la póliza	Número de id. del grupo	
Nombre del suscriptor (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento	
Número de Seguro Social del suscriptor	Parentesco con el paciente	
Empleador del suscriptor	Número de teléfono del trabajo	
Domicilio del empleador del suscriptor (calle o apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

Consentimiento para Tratar DVRA_NP_F101

Por la presente autorizo a los empleados y agentes de Associated Retinal Consultants, LLC («ARC») dba Delaware Valley Retina Associates, un afiliado de PRISM Vision Group, incluyendo médicos, asistentes médicos, enfermeros profesionales y otros empleados y miembros de personal a prestar evaluaciones médicas y atención al paciente indicado a continuación. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito. Comprendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica excepto en el caso de una emergencia.

Nombre del paciente (IMPRIMIR)

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

Complete esta sección SOLO si el paciente es menor de edad o requiere un tutor legal.

Doy mi consentimiento para que _____ autorice la evaluación y el tratamiento del paciente identificado anteriormente cuando no estoy disponible. Comprendo que esto autoriza a las personas anteriores a consentir los procedimientos médicos y quirúrgicos, y las vacunas para el paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito.

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

Responsabilidad Financiera DVRA_NP_F102

Por la presente autorizo a Associated Retinal Consultants, LLC («ARC») dba Delaware Valley Retina Associates, un afiliado de PRISM Vision Group a solicitar beneficios en mi nombre y el pago de los beneficios médicos directamente a ARC por los servicios prestados. Solicito que los pagos de Medicare, Medigap o cualquier otra compañía de seguros se realicen directamente a ARC. Se otorga la autorización para divulgar la información contenida en el registro médico del paciente o en la compañía de seguros médicos del paciente (o sus empleados o agentes) según sea necesario para procesar y completar el reclamo médico del paciente. Comprendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados, que pueden incluir servicios no cubiertos por las compañías de seguros del paciente. Acepto que todos los montos se deben pagar si se solicitan y son pagaderos a ARC.

La duración de esta autorización es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito. Comprendo que al no firmar esta divulgación de información, soy responsable del pago total de los servicios antes de que se presten los servicios.

Nombre del paciente (IMPRIMIR)

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

☐ **Sí**, deseo que Associated Retinal Consultants, LLC («ARC») dba Delaware Valley Retina Associates un afiliado de PRISM Vision Group, me comunique mi información a través de un sistema seguro diseñado para mantener mi información a salvo.

Mi método de comunicación preferido con respecto a mis **afecciones médicas o información sobre citas** se indica a continuación:

☐ Teléfono particular ☐ Teléfono celular ☐ Correo electrónico ☐ Carta por correo ☐ Guardian

Si el método de comunicación anterior es por **teléfono**, haga uno de los siguientes (**marque UNO**):

- ☐ Deje un mensaje con información detallada.
☐ Deje un mensaje con un número de devolución de llamada solamente.

Si el método de comunicación mencionado anteriormente es por **correo electrónico**, considere las implicaciones de privacidad; por ejemplo, cualquier otra persona que pueda tener acceso a su dirección de correo electrónico o cualquier otra persona, como su empleador, que pueda tener el derecho o la capacidad de revisar todo el correo electrónico recibido en su dirección laboral.

Informe a nuestra oficina si tiene instrucciones o solicitudes especiales con respecto a nuestra comunicación con usted. Por ejemplo, avísenos si desea que le llamemos a un número de teléfono diferente para obtener un resultado específico de la prueba o si no desea que nos comuniquemos con usted en absoluto.

Mantener la información de nuestro paciente en privado es importante para nosotros, y por defecto divulgaremos información relacionada con la cuenta de facturación y las afecciones médicas del paciente solo al paciente o tutor legal.

Si desea añadir contactos adicionales, que no sean el paciente o el tutor legal, que Associated Retinal Consultants, LLC («ARC») dba Delaware Valley Retina Associates un afiliado de PRISM Vision Group, está autorizado a revelar este tipo de información, por favor complete los campos de abajo y seleccione las casillas de verificación apropiadas basadas en su aprobación para cada persona que ha enumerado. Si la fecha de finalización se deja en blanco, entonces la duración de esta autorización es indefinida a menos que se revoque por escrito lo contrario.

Nombre de contacto	Parentesco con el paciente	Número de teléfono de contacto	Fecha de finalización
--------------------	----------------------------	--------------------------------	-----------------------

☐ Información sobre la cuenta de facturación ☐ Información sobre la afección médica ☐ Contacto de emergencia

Notas adicionales: _____

Nombre de contacto	Parentesco con el paciente	Número de teléfono de contacto	Fecha de finalización
--------------------	----------------------------	--------------------------------	-----------------------

☐ Información sobre la cuenta de facturación ☐ Información sobre la afección médica ☐ Contacto de emergencia

Notas adicionales: _____

DVRA_NP_F107

Aviso de Prácticas de Privacidad y Acuse de Recibo

Nombre del paciente _____

Fecha: ____/____/____

El Aviso de prácticas de privacidad describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica protegida sobre usted, y cómo puede obtener acceso a esta información. Revise detenidamente.

Associated Retinal Consultants, LLC («ARC») dba Delaware Valley Retina Associates un afiliado de PRISM Vision Group, está obligada por ley a proteger la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad, y a proporcionarle una copia de este aviso, el cual describe las prácticas de privacidad de la información médica de nuestro consultorio, su personal médico y los proveedores de atención médica afiliados que realizan conjuntamente actividades de pago y operaciones comerciales con nuestro consultorio. La «información médica protegida» es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo así como información genética, e información que se relaciona con su salud o afección física o mental pasada, presente o futura, y los servicios de atención médica relacionados.

El ____/____/____ yo, _____, recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.
(Fecha de hoy) (Nombre del paciente)

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

* El Aviso de prácticas de privacidad de Delaware Valley Retina Associates se puede buscar en nuestro sitio web:

<https://www.dvra.net/>

Solo para uso del consultorio

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener un acuse de recibo porque:

- ☐ La persona se negó a firmar.
- ☐ Las barreras de comunicación prohíben la obtención del acuse de recibo.
- ☐ Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo.
- ☐ Otro (especificar)

Este formulario de acuse de recibo pasará a formar parte de su registro médico permanente.

Nombre del paciente:			Fecha / /		
¿Qué problema ocular lo trae por aquí?					
¿Cuándo fue su último examen ocular?	/	/	Oftalmólogo		
¿Qué le dijo su médico?					

SÍ NO	
¿Usa gafas para la visión?	☐ ☐
¿Usa lentes de contacto?	☐ ☐
Si es así, ¿cuándo los cambió por última vez?	
¿Tiene glaucoma?	☐ ☐
Si es así, ¿cómo se está tratando?	
¿Se ha sometido a una cirugía de cataratas?	☐ ☐
Si es así, ¿qué ojo?	
Fecha de la cirugía	
Nombre del cirujano	
Ojo izquierdo / /	
Ojo derecho / /	
¿Se sometió a otra cirugía? Indique los detalles a continuación.	

Antecedentes médicos: antecedentes sociales

¿Alguna vez ha sufrido alguno de los siguientes?

	SÍ	NO	Comentario
¿Nació de manera prematura?	☐	☐	
¿Antecedentes de pérdida de peso, fiebre?	☐	☐	
¿Dolores de cabeza, sinusitis, amigdalectomía?	☐	☐	
¿Afección cardíaca?	☐	☐	
¿Presión arterial alta?	☐	☐	
¿Problemas circulatorios?	☐	☐	
¿Enfermedad pulmonar?	☐	☐	
Úlceras, enfermedad del hígado, la vejiga?	☐	☐	
¿Fuma?	☐	☐	
¿Bebe?	☐	☐	
¿Enfermedad renal, de la vejiga y de la próstata?	☐	☐	

	SÍ	NO	Comentario
¿Enfermedad de las articulaciones?	☐	☐	
¿Enfermedad de la piel o cáncer de mama?	☐	☐	
¿Accidente cerebrovascular o enfermedad neurológica?	☐	☐	
¿Antecedentes de enfermedades psicológicas?	☐	☐	
¿Enfermedad de la tiroides?	☐	☐	
¿Diabetes?	☐	☐	
Fecha de los últimos resultados del azúcar en la sangre:	☐	☐	
¿Trastorno hemorrágico, anemia?	☐	☐	
¿Sida o enfermedades infecciosas?	☐	☐	
¿Cáncer?	☐	☐	

Enumere <u>TODAS</u> las medicaciones que toma actualmente, incluidas las gotas para ojos:		

Enumere <u>TODAS</u> las alergias, incluidas las medicaciones:

HISTORIAL FAMILIAR

¿Hay antecedentes familiares de	SÍ	NO	
cataratas?	☐	☐	Parentesco:
glaucoma?	☐	☐	Parentesco:
enfermedad de la retina?	☐	☐	Parentesco:
diabetes?	☐	☐	Parentesco:
hipertensión?	☐	☐	Parentesco:
anemia?	☐	☐	Parentesco:
otra enfermedad ocular o sistémica?	☐	☐	Parentesco:

Cuestionario de Antecedentes Médicos/Revisión de Síntomas

DVRA_NP_F109

Nombre del paciente:	Fecha / /
----------------------	---

¿Tiene algún problema en las siguientes áreas? Marque todas las opciones correspondientes.

SÍ NO

SÍ NO

GENERAL <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 70%;">Fiebre</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Fatiga</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Pérdida/Aumento de peso</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Resfriados frecuentes</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> OJOS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 70%;">Visión borrosa</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Visión doble</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Enrojecimiento</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sensación arenosa o áspera</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Puntos ciegos</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Miodesopsias</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Destellos</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ambliopía</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Picazón/ardor</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Lagrimo en exceso</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sensibilidad al reflejo/a la luz</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dolor ocular</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Infección crónica de ojos, párpados</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> ORL: Oído, nariz y garganta <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 70%;">Sinusitis</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Tos</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dificultad para caminar</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ronquera</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Pérdida de la audición</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sangrados nasales</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> CORAZÓN <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 70%;">Dolor en el pecho</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Ritmo cardíaco irregular</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Marcapaso</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Soplo cardíaco</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Pies/tobillos inflamados</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Calambres en las piernas al caminar</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> PULMONES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 70%;">Sibilancia, dificultad para respirar</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Tos con sangre/Mucosidad</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Fiebre				Fatiga				Pérdida/Aumento de peso				Resfriados frecuentes				Visión borrosa				Visión doble				Enrojecimiento				Sensación arenosa o áspera				Puntos ciegos				Miodesopsias				Destellos				Ambliopía				Picazón/ardor				Lagrimo en exceso				Sensibilidad al reflejo/a la luz				Dolor ocular				Infección crónica de ojos, párpados				Sinusitis				Tos				Dificultad para caminar				Ronquera				Pérdida de la audición				Sangrados nasales				Dolor en el pecho				Ritmo cardíaco irregular				Marcapaso				Soplo cardíaco				Pies/tobillos inflamados				Calambres en las piernas al caminar				Sibilancia, dificultad para respirar				Tos con sangre/Mucosidad								Gastrointestinal/Genitourinario <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 70%;">Vómitos</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Evacuación intestinal con sangre</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Acidez estomacal</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Pérdida del apetito</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dificultad para orinar</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sangre en orina</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Micción frecuente</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dolor al orinar</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> MUSCULOESQUELÉTICO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 70%;">Dolor muscular</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Dolor en las articulaciones, artritis</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> INTEGUMENTARIO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 70%;">Sarpullido, magulladura con facilidad</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Enfermedad mamaria</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> NEUROLÓGICO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 70%;">Dolores de cabeza frecuentes y con desmayos</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Convulsiones</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> PSIQUIÁTRICO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 70%;">Depresión</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Ansiedad</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Problemas psiquiátricos</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> ENDOCRINO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 70%;">Sed excesiva</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Sudoración excesiva</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 70%;">Glándulas inflamadas</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> </table> ALERGIAS/INMONOLÓGICO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 70%;">Alergias estacionales</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Rinitis alérgica</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> OTRO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 70%;">Embarazada</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Menopausia</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hemorragia vaginal</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bultos en los senos</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Vómitos				Evacuación intestinal con sangre				Acidez estomacal				Pérdida del apetito				Dificultad para orinar				Sangre en orina				Micción frecuente				Dolor al orinar				Dolor muscular				Dolor en las articulaciones, artritis				Sarpullido, magulladura con facilidad				Enfermedad mamaria				Dolores de cabeza frecuentes y con desmayos				Convulsiones				Depresión				Ansiedad				Problemas psiquiátricos				Sed excesiva				Sudoración excesiva				Glándulas inflamadas				Alergias estacionales				Rinitis alérgica				Embarazada				Menopausia				Hemorragia vaginal				Bultos en los senos											
Fiebre																																																																																																																																																																																																																																																	
Fatiga																																																																																																																																																																																																																																																	
Pérdida/Aumento de peso																																																																																																																																																																																																																																																	
Resfriados frecuentes																																																																																																																																																																																																																																																	
Visión borrosa																																																																																																																																																																																																																																																	
Visión doble																																																																																																																																																																																																																																																	
Enrojecimiento																																																																																																																																																																																																																																																	
Sensación arenosa o áspera																																																																																																																																																																																																																																																	
Puntos ciegos																																																																																																																																																																																																																																																	
Miodesopsias																																																																																																																																																																																																																																																	
Destellos																																																																																																																																																																																																																																																	
Ambliopía																																																																																																																																																																																																																																																	
Picazón/ardor																																																																																																																																																																																																																																																	
Lagrimo en exceso																																																																																																																																																																																																																																																	
Sensibilidad al reflejo/a la luz																																																																																																																																																																																																																																																	
Dolor ocular																																																																																																																																																																																																																																																	
Infección crónica de ojos, párpados																																																																																																																																																																																																																																																	
Sinusitis																																																																																																																																																																																																																																																	
Tos																																																																																																																																																																																																																																																	
Dificultad para caminar																																																																																																																																																																																																																																																	
Ronquera																																																																																																																																																																																																																																																	
Pérdida de la audición																																																																																																																																																																																																																																																	
Sangrados nasales																																																																																																																																																																																																																																																	
Dolor en el pecho																																																																																																																																																																																																																																																	
Ritmo cardíaco irregular																																																																																																																																																																																																																																																	
Marcapaso																																																																																																																																																																																																																																																	
Soplo cardíaco																																																																																																																																																																																																																																																	
Pies/tobillos inflamados																																																																																																																																																																																																																																																	
Calambres en las piernas al caminar																																																																																																																																																																																																																																																	
Sibilancia, dificultad para respirar																																																																																																																																																																																																																																																	
Tos con sangre/Mucosidad																																																																																																																																																																																																																																																	
Vómitos																																																																																																																																																																																																																																																	
Evacuación intestinal con sangre																																																																																																																																																																																																																																																	
Acidez estomacal																																																																																																																																																																																																																																																	
Pérdida del apetito																																																																																																																																																																																																																																																	
Dificultad para orinar																																																																																																																																																																																																																																																	
Sangre en orina																																																																																																																																																																																																																																																	
Micción frecuente																																																																																																																																																																																																																																																	
Dolor al orinar																																																																																																																																																																																																																																																	
Dolor muscular																																																																																																																																																																																																																																																	
Dolor en las articulaciones, artritis																																																																																																																																																																																																																																																	
Sarpullido, magulladura con facilidad																																																																																																																																																																																																																																																	
Enfermedad mamaria																																																																																																																																																																																																																																																	
Dolores de cabeza frecuentes y con desmayos																																																																																																																																																																																																																																																	
Convulsiones																																																																																																																																																																																																																																																	
Depresión																																																																																																																																																																																																																																																	
Ansiedad																																																																																																																																																																																																																																																	
Problemas psiquiátricos																																																																																																																																																																																																																																																	
Sed excesiva																																																																																																																																																																																																																																																	
Sudoración excesiva																																																																																																																																																																																																																																																	
Glándulas inflamadas																																																																																																																																																																																																																																																	
Alergias estacionales																																																																																																																																																																																																																																																	
Rinitis alérgica																																																																																																																																																																																																																																																	
Embarazada																																																																																																																																																																																																																																																	
Menopausia																																																																																																																																																																																																																																																	
Hemorragia vaginal																																																																																																																																																																																																																																																	
Bultos en los senos																																																																																																																																																																																																																																																	

COMENTARIOS RELACIONADOS CON RESPUESTAS ANTERIORES: (IMPRIMIR)
